

Troubles bipolaires

# La notion de bipolarité chez la personne âgée

Malgré la surmortalité et une prévalence dans la communauté âgée de l'ordre de seulement 0,5%, les troubles bipolaires (TB) constituent une pathologie fréquente en consultation spécialisée à l'âge avancé. Ils se déclarent rarement après l'âge de 60 ans, mais un patient bipolaire sur six est âgé de plus de 60 ans. L'importance clinique des TB émane de la difficulté et de la complexité à traiter ces malades. La prise en charge se fait en général par le psychiatre gériatrique, mais en collaboration avec le somaticien en raison des fréquentes comorbidités des patients.

## Clinique des troubles bipolaires

L'expression clinique des TB est hétérogène. Le TB de type 1 se caractérise par la survenue d'au moins un épisode soit maniaque soit mixte, mais la manie monopolaire est très rare. Le TB de type 2 est défini par la survenue d'au moins 2 épisodes hypomanes et 2 épisodes dépressifs. L'intensité de la sémiologie maniaque (euphorie, irritabilité, expansivité, logorrhée, discours accéléré, fuite des idées, idées de grandeur et expansion du Moi, hyposomnie, impulsivité, inadéquation sociale) cause la rupture du fonctionnement psychosocial et amène le patient à l'hôpital psychiatrique. Dans l'état hypomane, le fonctionnement psychosocial reste satisfaisant. L'état mixte est caractérisé par la coexistence simultanée ou en alternance rapide d'éléments cliniques maniaques et dépressifs. Le caractère alternant se retrouve de manière cliniquement atténuée chez les patients cyclothymiques. Cette différenciation clinique catégorielle des TB peut être opposée à une vision dimensionnelle qui considère un spectre bipolaire allant, en termes de spectre de « personnalité », de la dépression unipolaire à la manie monopolaire en passant par les TB et, en termes d'intensité, des variations normales de l'humeur aux tableaux affectifs psychotiques (1).

## Effet pathoplastique de l'âge

Les tableaux cliniques décrits ci-dessus se trouvent chez les patients jeunes et âgés. L'expression clinique peut être différente chez l'âge en comparaison aux plus jeunes et dépendre de l'âge du début du TB (cf. tab. 1) (2).

D'autres particularités chez les personnes âgées sont représentées par la bipolarisation tardive d'une (pseudo)dépression unipolaire et par les TB et manies secondaires. La survenue d'un épisode maniaque inaugural à l'âge avancé doit faire évoquer une manie secondaire en lien avec une lésion cérébrale (p. ex. des pathologies cérébrovasculaires ou neurodégénératives), des médicaments, des troubles endocriniens ou métaboliques (3). Les affections neurologiques sont associées à une plus grande probabilité de manie chronique dans laquelle les intervalles et les récurrences entre chaque épisode seraient plus courts et plus fréquents. En lien avec l'affection de base, le pronostic est plutôt mauvais. Mais le taux de mortalité serait aussi 2,5 fois plus élevé dans les TB primaires que dans la population générale du même âge ; il est aussi supérieur à celui



**Prof. Dr méd.**  
**Armin von Gunten**  
Lausanne

observé chez les patients dépressifs unipolaires. Avec l'avancée en âge, les épisodes seraient de plus longue durée et l'amélioration de l'état thymique plus difficile à obtenir.

Les cycles rapides, définis par la survenue d'au moins 4 épisodes dépressifs et/ou (hypo)maniaques par année, sont plus fréquents chez l'âge, en particulier dans les cas de TB à début précoce, peut-être en lien avec la prescription d'antidépresseurs induisant possiblement une bipolarisation tardive.

## Détection, comorbidités et recherche de facteurs étiologiques

L'anamnèse affective couvrant l'entier de la vie du patient est centrale. Elle sera complétée par l'examen psychopathologique et somatique ainsi qu'un bilan de laboratoire, voire une MRI chez les patients avec un épisode maniaque initial.

La détection des comorbidités psychiatriques et physiques est cruciale et détermine en partie la prise en charge et le pronostic du patient. Les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, l'alcoolisme ou d'autres dépendances à des substances psychoactives (malgré leur diminution de 60% à 30% environ après 60 ans) sont fréquents. Plus de 20% des patients bipolaires âgés ont au moins sept comorbidités psychiatriques ou somatiques (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.). En outre, les pathologies psychiatriques et somatiques peuvent se conditionner mutuellement et sont souvent co-dépendantes dans leur évolution (4).

Clinique	Patients jeunes	Patients âgés	
		Début précoce DP	Début tardif
Sévérité TB	+++	++	++
Sévérité manie	+++	++	+
Sévérité dépression	+++	+++	+++
Psychose	+++	++	++
Tentative suicide	+++	++	++
Rapid cycling	++	+++	++
Rechutes	++	+++	+++

TAB. 2	Hypothèses étiologiques et pathogéniques des TB primaires
	Vulnérabilité génétique (antécédents familiaux, monozygotie > dizygotie, début précoce > début tardif)
	Altérations de la neurotransmission (sérotonine, catécholamines)
	Altération de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalienne (cortisol)
	Altérations neuroanatomiques (surtout TB tardif) (altérations dans hippocampe, cortex préfrontal)
	Altérations de la signalétique cellulaire (inositol, production BDNF)
	Facteurs environnementaux précoces (perturbation des processus d'attachement)
	Sensibilisation comportementale (« behavioural sensitization ») rendant les décompensations ultérieures moins dépendantes des facteurs environnementaux
	Facteurs environnementaux plus tardifs (difficultés existentielles)
	Vulnérabilité phylogénétique en lien avec le système d'hierarchisation sociale

TAB. 3	Traitement médicamenteux chez les TB âgés			
	Manie	Dépression	Maintenance	Remarque
Lithium	++	+	++	
Valproate	++		++	rapid cycling
Lamotrigine	++	++	++	rapid cycling
Carbamazépine	+		+	2 <sup>ème</sup> ligne
Quétiapine	+	+	+	possible
Risperidone	(+)*			possible
Olanzapine	(+)*		(+)*	possible
Aripiprazole	(+)*		(+)*	possible
Rechutes		++	+++	+++

\*Entre parenthèses signifie : très incertain

L'étiologie des TB primaires est complexe et le mieux conceptualisée comme la conséquence d'une vulnérabilité de départ qui peut être décompensée par une variété de facteurs. L'étiologie et la pathogénie sont encore mal élucidées (cf. tab. 2).

Un terrain de vulnérabilité joue peut-être aussi un rôle dans les manies ou TB secondaires. Le TB de type VI est défini par l'association entre un trouble bipolaire et une démence ; des troubles du comportement et psychologiques des démences pourraient être, chez certains patients déments, la conséquence d'une diathèse bipolaire préexistante (5). Il n'est pas clair si le TB prédispose à l'évolution vers une démence. Toutefois, les troubles cognitifs chez des patients TB ne sont pas rares, alors qu'un effet neurotoxique, possible, n'est pas toujours retrouvé (6). Les troubles cognitifs sont probablement plus fréquents chez les TB à début tardif et peuvent, de surcroît, être secondaire à la médication thymorégulatrice.

### Prise en charge du patient bipolaire

Le TB à l'âge avancé donne un tableau complexe entremêlant des aspects psychopathologiques, cognitifs et somatiques. L'intrication avec les maladies somatiques si souvent associées aux TB suggère une collaboration étroite entre le psychiatre de l'âge avancé et le somaticien. Le pronostic serait globalement moins favorable chez l'âge que chez les plus jeunes ce qui est en partie dû à une plus grande résistance au traitement. Le meilleur traitement des diverses phases du TB n'est pas bien connu faute d'études spécifiques suffisantes pour les tranches d'âge avancées et doit être extrapolé à partir des données provenant des plus jeunes (cf. tab. 3).

Les adaptations pharmacologiques fréquentes sont souvent nécessaires. Les associations de plusieurs psychotropes sont fréquentes. Il convient de se méfier de l'utilisation des antidépresseurs qui sont susceptibles d'induire des cycles rapides. Les épisodes de décompensation sévère peuvent nécessiter un traitement par sismothérapie. Il est crucial de compléter le traitement pharmacologique par un travail d'encadrement psychique visant à limiter l'agir du patient qui amène régulièrement à une hyperconsommation médicale et des soins ainsi qu'à un épuisement fami-

lial. Dans les cas d'évolution chronique avec perte d'autonomie, il y a lieu de favoriser des approches intégrées, en milieu psychogériatrique intermédiaire, et de faire un travail psycho-éducatif avec le patient et ses proches. Des mesures médico-légales sont régulièrement nécessaires en lien avec les besoins de protection ou d'aide du patient.

### Conclusion

L'expression des TB chez l'âge est variable, l'impact sur la qualité de vie des patients et des proches presque toujours majeur. L'étiopathogénie n'est pas entièrement élucidée, mais sans doute complexe associant des facteurs de vulnérabilité et des facteurs de stress environnementaux. Il convient de distinguer les TB primaires et secondaires. Le traitement n'est pas encore suffisamment bien codifié chez la personne âgée, mais il inclut toujours des approches médicamenteuses et psychosociales. Les fréquentes comorbidités somatiques suggèrent une prise en charge coordonnée entre le psychiatre de l'âge avancé et son collègue somaticien.

#### Prof. Dr méd. Armin von Gunten

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé (SUPAA); Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé, route du Mont, 1008 Prilly  
armin.von-gunten@chuv.ch

#### Message à retenir

- ◆ L'expression clinique des TB chez l'âge est hétérogène
- ◆ Les comorbidités somatiques doivent être soigneusement recherchées et traitées
- ◆ Le psychiatre de l'âge avancé est un allié important, et souvent indispensable, dans la prise en charge

**Références :**

1. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007; 190:189–91
2. Oostervink F, Boomsma M, Nolen W, EMBLEM Advisory Board. Bipolar disorder in the elderly: different effects of age and of age of onset. *J Aff Dis* 2009; 116:176–83
3. Le Bastard et Hantouche. Trouble bipolaire chez le sujet âgé. In: Giannakopoulos P, Gaillard M, eds. *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Médecine et Hygiène, Genève, 2010, pp. 171–183
4. Depp C, Jeste D. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord* 2004; 6:343–67
5. Dorey JM, Beauchet O, Thomas Antérion C, Rouch I, Krolak-Salmon P, Gaucher J, Gonthier R, Akiskal HS. Behavioral and psychological symptoms of dementia and bipolar spectrum disorders: review of the evidence of a relationship and treatment implications. *CNS Spectr* 2008; 13:796–803
6. Delaloye C, de Bilbao F, Moy G, Baudots S, Weber K, Campos L, Canuto A, Giardini U, von Gunten A, Stancu R, Scheltens P, Lazeyras F, Millet P, Giannakopoulos P, Gold G. Neuroanatomical and neuropsychological features of euthymic patients with bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17:1012–21